

「医学概論」について

梶 川 欽 一 郎

福井医科大学 副学長

(昭和60年7月12日 受理)

昨年からは「医学概論」の授業の一部を担当することになったが、講義にどのような内容を盛りこんだらよいか大変迷った。現在、多くの医学校でこの種の講義が行われており、またそれに関する参考書も出版されているが、その内容は千差万別である⁽¹⁾⁽²⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾。「医学概論」の目的を考えてみると、医学校の門をくぐった新入生に、これから学ぼうとする医学に対して眼を開かせ、医学の勉学に対する基本的視点を与えてやることではないかと思われる。それは専門的知識の初歩を教えることではなく、医学にたずさわる者が共通に持つておらねばならぬ知識や心構えを教えることであろう。そのためには、医学の成り立ちや特質、現代医学が抱えている諸問題等は一通り網羅し、これから受ける医学教育のどの分野にも通用する基本的な考え方を学習するものでなければならない。このような観点に立つと、「医学概論」の内容は広く浅くなり、確立された知識を教えるというより、問題の指摘に止まることになるかも知れないが、これは一面からみれば、学生が自ら学ぶ習慣を身につける助けにもなるものと思われる。

以上のような趣旨で「医学概論」の内容を一応まとめて講義を行った。本稿はその講義内容の概略であるが、勿論、勉強不足で足りない所も多く、また私自身の考えが十分に煮詰っていない部分も少なくないが、大方のご批判を仰ぎながら、今後内容を充実させていきたいと思っている。

I. 医学と医療⁽³⁾⁽⁴⁾⁽²¹⁾

医学は体の苦痛を癒やそうとする術から始っている。われわれは体に痛みを感じたり、傷を受けたりすると、なぜ痛むか、なぜ血が流れるかは二の次として、まず痛い所を撫で、血の出る傷口を押えるのである。醫という文字を見ても、医は矢を入れる箱、𠂔は槍、酉は酒を意味し、醫は矢や槍で受けた創を酒で手当するさまを表わしている。苦痛を癒やす術はまず経験から生まれるから、経験豊かな古老がしばしば医療を行った。体の苦痛を経験的手段で取り除こうとする一方で、なぜそのような苦痛が起きるか考えるのは自然の成り行きであろう。病気の原因について最も原始的な考えは、病気は悪霊のなせる業とするものである。そこで悪霊を追い

払うために加持、祈祷が有力な治療の手段となり、霊界と交わることができる者、あるいは神託をうけた巫女が医療の担い手となる。こうしてシャーマニズムが生まれる。醫の古い字に醫という文字があるが、先に述べた酒の代りにここでは巫女が医療者となることを表わしている。経験に基づく民間療法や神仏にすがる医療行為が現在もお根強く残っていることは、医の基本が苦痛を何とかして和らげようとする人間の本能的知恵にあることを物語っている。

しかし、人体の構造や機能に関する探究が進むにしたがって、その異常が病気であると理解されるようになる。もともと病人があり、それを治療する手段として病気の解明が要求されたのであるが、病気の解明そのものを目的とする学問が次第に体系化されてきた。そこで病人の治療を目的とする医療から病気の原因（病因）やその成り立ち（病理発生）の解明を目的とする学問、すなわち狭義の医学が分れてきた。これは西欧において発達した自然科学的思考に基づくもので、その目指すところは、物理学、化学、生物学など他の自然科学と同様に、時間と空間を超えて再現可能な原理の確立である。そのため偶然的な夾雑物は捨象され、より原理的なもの、基本的なもののみが抽象される。複雑な人体は器官から組織へ、組織から細胞へとより普遍的な構成成分に細分され、さらに化学物質に置換される。そうするとまず個人の特性が失われ、次いで人間と動物の区別がなくなり、ついに核酸のレベルで人間とウイルスが一つになる。こうして医学は人間から離れて生物の学問となり、さらに物質の化学反応の学問となってしまうのである。

現代の医学は膨大な学問体系に成長したため、ともすれば医学は生物学の一分野と見なされ、医学が医療から乖離する危険性がある。しかし医学はその基本から見ても、結局は医療に還元されるべきものであり、生命現象の自然科学的解明そのものを目的とする生物学と同一視することはできない。人間の苦痛を癒やし、生命を守るものでなければならない。人はなぜ病気を恐れ、嫌うのであろうか。病気に伴うもろもろの苦痛に対する嫌悪であらうけれども、その彼方に死の恐怖があるからではなかろうか。とすれば、医学の窮極の目標は人間を死から救うことであると云わねばならない。生物学が生に対する学問であるのに対し、医学は死に対する学問であるとも云えよう。

現在の医療には4つのカテゴリーが含まれる。(1)症状を改善する対症療法、(2)病気の原因を除く原因療法、(3)病気の予防、及び(4)健康の増進である。日本医師法第1条には「医師は医療及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とある。また健康の定義は世界保健機関（WHO）によると「健康とは肉体的、精神的及び社会的に完全に良い状態にあることで、単に病気や虚弱でないということではない」とされる。こうした考えに立つと、現代の医療は自然科学を土台にしているものの、その内容は自然科学だけでは処理しきれないものを含んでいることは明らかである。

II. 西洋医学と東洋医学⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

1. 西洋医学

西洋医学は物事を原因と結果の関係で理解しようとする思考構造を基盤とし、この因果関係を明らかにするためには合理性と実証性が最も重んじられる。これは古代のギリシャ・ローマ時代から萌していた考え方で、病気は自然現象の一つで悪霊のなせる業ではないとしたところから西洋医学が発する。合理性と実証性は西欧諸国に育った特徴的な思考構造で、特にルネサンス以後あらゆる学問分野でこの思考が中心となり近代的西欧文明を築き上げたことは周知のことである。医学の分野でも15世紀頃からこの思考によって導き出された多くの事柄が現代医学の基礎となっている。まず構造の学問としての解剖学が始まり、機能の学問としての生理学が続く、次いで疾病の学問としての病理学、病因の学問としての細菌学が発達した。現在の医学はこうした医学の段階的、分業的発達の上に成り立っているが、中でも細胞学説の確立と病原菌の発見は現代医学の根幹となる思想を生み出した点において特に注目される。

細胞の最初の認識はイギリスの物理学者フック（1635～1703）がコルクの薄片に無数の「小室(cell)」を観察したことである。その後、ベルギーの解剖学者シュワン（1810～1882）が動物の体も植物と同じく細胞から構成されていることを見出したが、細胞の本当の生物学的意義を確立したのはドイツの病理学者ウィルヒョウ（1821～1902）である。細胞の概念が確立するまでは生体の構成単位は漠然と繊維状の物質と考えられており、動物の体に細胞を見出したシュワンでさえ、細胞は他の物質から造り出されるものと考えた。ウィルヒョウの細胞学説が卓越しているのは、「細胞は細胞から生ずる」という細胞の連続性を明らかにしたこと、及び「細胞は構造的にも機能的にも生体の構成単位である」ことを実証したことである。この根本原理に基づいて、ウィルヒョウは病気とは細胞が病むことであるという「細胞病理学説」を提唱した。このような生体の構成単位を確立し、病気の局在を明らかにすることは科学的思考によく適合し、近代医学の最も基本的な思想となった。また生体が病むことは細胞が故障することであるという考え方は、病気を治療するには故障した細胞や臓器を修理すればよいという発想に結びつく。医療におけるこうした部品修理工的な考え方は現代医療の根本思想となっている。

病原菌の存在が19世紀半ばにフランスのパスツール（1822～1892）やドイツのコッホ（1843～1910）らによって明らかにされたことは細胞学説に劣らぬ画期的な出来事である。細胞学説は病気の存在場所を明らかにしたが、その原因については多くを語ることはできなかった。病原菌が発見されるまでは病気の原因についての考え方は甚だ漠然としており、体液の異常、生活力の低下、または外界からの有害な空気（瘴気、ミヤスマ）等が考えられていた。瘴気は外界からの見えない有害なものという点では微生物の概念と似ているが、実証性のない思弁的概念であることは他の病因と同じである。コッホは、ある細胞がある病気の病原菌であると結論するためには、(1)その病気に常にその細菌が見つかること、(2)体外でその細菌を培養できること、(3)培養した細菌を感染させた動物にその病気が起ること、の3条件が満足されねばならな

いことを提唱した。これはコッホの3原則として知られているが、必要かつ十分な条件という科学的合理性を如実に表わしている。

細菌学の勃興に附随して起った重要な出来事は免疫の概念の台頭である。それはやがてアレルギーの概念へと発展するが、一度感染を受けた動物は二度目の感染に対して、感染の経験のない動物とは違った反応を示すという事実は病気の発生に対する考え方に大きな変革をもたらした。生体の反応は生体が歩んできた歴史によって影響されるのである。つまり病原菌と生体の相互関係に時間の因子が加わることになる。これは時間と空間を超えた普遍妥当性を求める物理学や化学の思考過程と異っていると云わねばならない。

一つの病原菌が一つの病気を起すとなれば、病原菌を除去すれば病気を治療することができ、さらに病気を予防することができることになる。こうして一方では化学療法や免疫療法が開発され、他方では感染予防のために消毒法や公衆衛生学が進歩した。

以上のように、科学的思考を基盤として発達した西洋医学が人間の多くの病気を癒やし、健康保持に多大の貢献をしたことは疑問の余地はなく、この実効性によって現代医学の主導権を握ったのである。

2. 東洋医学（漢方）

東洋医学は西洋医学と全く異質な思考構造の上に組み立てられた医療体系である。西洋医学は、先に述べたように、科学的思考に基づく病気の局在説の上に組み立てられているから、医療の要諦はまず故障した部分を実証的に見極めることで、これなくしては治療はできないとされる。そこで診断に最重点がおかれる。症候の決定が科学的になればなるほど、症候は抽象化され、万人に共通した概念として取り扱われ、したがって治療も普遍的に有効な方法が用いられる。これに対して、東洋医学の根本思想は調和の概念である。陰陽五行説にみられるように、人間をはじめ天地万物は「気」から構成され、陰の気、陽の気、及びその運行にあずかる5つの気（五行）の不調和の状態が病気であると考えられる。病気とは文字通り「気」が病んだ状態なのである。この不調和の表われと認められるすべての徴候と、患者の生来の特質や環境的要素を総合的に判断して「証」を決め、それに基づいて漢方薬の投与や針灸の治療が行われる。外科的手術はほとんど用いられない。外科的手術を施すと体全体の調和や均衡がかえって壊されると考えられるからである。このように、東洋医学の「証」は西洋医学の症候より全人的であり、また個性的で、患者はひとりひとり固有の「証」と治療法を持つことになる。これは東洋医学では、病気の本態そのものの解明より病気の治療に主眼がおかれ、そのためには実証不可能な部分も含めた人間全体として患者を把握しようとする考え方に基づいている。

東洋医学と西洋医学の優劣が論じられているが、両者は病気に対する思考構造が全く違うので、単なる優劣論や漢方の「科学的」解明はあまり意味がないように思われる。むしろ洋の東西で発達したこの二つの医療体系を相補的に活用すべきであろう。

3. 日本の医学

日本に中国の漢方が伝えられたのは6世紀頃と云われる。その後、漢方は永く日本における医学を牛耳った。江戸時代末期に、当時の鎖国政策の中であって唯一の海外交流の窓口となったオランダから蘭方医学が輸入され、日本の医師は始めて西洋医学の卓越性に驚くのである。西洋医学を尊ぶ洋方学派と旧来の漢方を信ずる古方家との間の激しい争いの後、洋方学派が勝利を占めた。幕末から明治初期に外国との交流が盛んになるとともに、当時勃興したドイツ医学の優秀さが伝えられ、また日本政府がプロシヤの政体を範としたこともあって、ドイツ医学が日本の医学の主流となった。これは第二次世界大戦まで続いたが、戦後はアメリカの医学がそれに代った。このように日本の医学は有史以来、漢方、蘭方医学、ドイツ医学、アメリカ医学とすべて「輸入の医学」で、しかも輸入の相手国の選択は時の政情に強く影響されている。さらに、単に学問的内容ばかりでなく医療制度や医学の教育制度まで丸ごと取り入れられていることは注目し値する。しかし、病気に対する考え方や医療に対する受けとめ方はその国の文化と深い関係をもっているもので、部分的に切り取られて輸入された諸制度はやがて破綻する。これからは日本の医学を育て、日本の実情にあった医療体系を造るようにしなければならない。

Ⅲ. 現代医学の特徴と問題点⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

1. 分析の医学と統合の医学

医学が自然科学的方法を取る限り分析の途を進むのは当然である。現代医学は、周辺科学、とくに分子生物学、電子工学、放射能物理学等の進歩と相まってますます「科学的」となった。この方向に多大の貢献をしたのは最近の技術革新である。以前は科学と技術は別々の分野に属するものとされていたが、現在はこの両者は密接不可分となり、科学の技術化、技術の科学化の時代となった。こうして生体の構成単位とされた細胞の活動は、より微細な細胞内小器官の作用へ、さらにそれらは化学的あるいは物理化学的現象に還元される。

しかし、このような還元主義で生命現象の全貌を果して解明しうるかという反省が生れた。それは一言で云えば分析の医学から統合の医学への模索である。例えば、自己組織化やホロンという概念で表わされるように、生体を構成する諸要素の相互作用によって、それらの要素に還元しえない一つの秩序ある集団が創り出されていく過程の研究や、細胞またはその集団の間を満たす細胞間物質の研究である。前者は全体は部分の総和であるという還元主義に対する論理的挑戦であり、後者はこれまで細胞学説のドグマによって軽視されていた生体構成成分の探究であるが、いずれも分析の医学から統合の医学への足掛りとなるものと思われる。

2. 医学と社会

これまで患者は一般に「社会的責任を免れるもの」と考えられ、医療は社会と隔絶した所で行われていた。しかし医療が進歩し、その範囲が広がるにしたがって医療と社会との関連が増大してきた。この傾向はさまざまな面で現われているが、顕著な事例として慢性疾患の増加と

高齢化社会の出現に対する医療をあげることができよう。

19世紀に勃興した細菌学に端を発して、化学療法、免疫療法及び公衆衛生が進歩した結果、わずか 100 年足らずの間に、有史以来人類の恐怖の的であった急性伝染病は影を潜めてしまった。それに代って現在は、がん、心・血管の疾患、代謝性疾患(例えば糖尿病、痛風)等の慢性疾患が重要な病気となり、その死亡率も上位を占めるようになった。慢性疾患は進行は遅いが、根治することはしばしば困難で、患者は病気と共同生活をしながら「病気と付き合っていく」という形になる。例えば、慢性腎不全に対する腎透析、脳卒中に対するリハビリテーションにみられるように、慢性疾患の患者は病床から解放され、ある程度社会的生活ができるようになった。また現在日本は世界第一の長寿国となり高齢化社会が実現しつつあるが、老人はしばしば持病的な様相を帯びた慢性疾患を持ち、その医療は患者の生活の中に溶けこまざるをえない。とくに日本は急速に高齢化が進んだだけに、老人に対する医療機関の整備も不十分であり、一方では核家族の普及とも相まって、医療費や病人の看護等に関しても問題が多い。

このように、患者—病床というこれまでの図式が壊われて、医療は患者の日常生活の中に進出し、それに伴ってさまざまな社会的問題と深い関係を持つようになってきた。

3. 医師と患者

医学の分析的思考に基づいて病気が細分化されるにしたがって多くの専門医が生まれ、また医療の部品修理工的発想は多数の検査と投薬を必要とし、さらに技術の進歩は医療機器の重装備を招いた。その結果、(1)知識や技術が狭い範囲に限定され、幅広い対応ができない医師が増え、(2)医療は検査成績に基づく診断重点主義に傾き、患者よりも検査データに目を奪われるため、患者との信頼関係が稀薄となり、(3)患者は大病院に集中し、地域住民に対するきめ細い健康管理が疎かになってきた。18世紀末にフランスの病理学者ピネルは「われわれは病人を見るが、病気については何も知らない」と云ったが、19世紀末にはドイツの医師ノートナーゲルは「医師は病気を見て病人を見ない」と嘆いた。この二人の言葉は 100 年間に医学が辿った跡をよく表わしている。こうした弊害を是正するためには、「疾病指向」から「患者指向」への転換が必要である。近年、家庭医、全人医療、心身医療等の重要性が叫ばれ、また東洋医学が再評価されているのはこのためである。とくに最近日本では家庭医の制度化を巡って活発な議論が行われているが、家庭医は単に複雑な現代医療体系の門番的役割を果すだけでなく、患者の生活史や家庭の状況に密着した全人的医療を行うことを本旨とし、さらに家族やひいては地域住民に対する健康管理にまで責任を持つことを目指している。

最近各国で患者の権利に対する関心が高まり、さまざまな宣言が行われている。例えば、アメリカ病院協会の「患者の権利章典」(1973)、フランスの「病人憲章」(1974)、世界医師会の「リスボン宣言」(1981)等である。日本でも最近民間団体から「患者の権利宣言」が発表された。これらの宣言は「与えられる医療から参加する医療」への態勢を要求するもので、患者が医療行為を自ら選び、また拒否する権利、自分に関する医療情報を知る権利、プライバシーの

「医学概論」について

権利、平等かつ最善の医療を受ける権利等が主張されている。このような患者の権利が最近とくに強く要求されるのは、一般の人権思想の普及によるとは云え、現代医学における科学信仰の結果として、次第に患者不在の医療が行われる傾向が目立ち、患者の中に人権侵害の危機感が強くなったことにもよるであろう。

これらの患者の権利はすべて尤もなことであるが、権利だからと云って無批判に患者の主張を容れることは、場合によってはかえって医療のマイナスになることも忘れてはなるまい。例えばがんの告知である。アメリカでは1961年に告知希望が12%であったが、1977年には98%に上昇した。日本では1984年の統計では告知希望は53%であるが、がんが治る見込みのない場合に限ると76%の人が知らせてほしくないと思っている。実際患者ががんであることを知ると容態が急に悪くなることはよく経験することである。いずれにしても、患者の権利の主張は、それを受けとめる医師との間に深い信頼関係があり、また医師自身の患者に対する人間的な深い思慮があってはじめて医療の中に生きてくるものと思われる。

IV. 医の倫理

医の倫理に関する問題は2つに分けて考えることができる。一つは医師個人の徳性であり、他は医学の進歩の結果起った、これまでの価値観では対処しきれない新しい倫理問題で、一般に生命倫理（バイオエクス）と呼ばれる。

1. 医師の徳性⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

愛情、忍耐力、判断力等の日常的徳目から生命観、人生観等の哲学的、宗教的な思想に至るまで、医師に求められる資質の幅は広い。古くは「ヒポクラテスの誓」、近くは1948年に世界医師会総会で採択された「ジュネーブ宣言」にみられるように、医師が備えるべき徳性がいろいろな形で述べられてきた。医師に厳しい徳性が求められることは古今東西変らぬことではあるが、最近とくに喧しく唱えられている。これは道德教育の不足や価値観の変化等のさまざまな要素が絡まっているが、近代医学が内包する本質的な矛盾も見逃すことはできない。医学がそれほど進歩しなかった時代では、医師の人間性が貴重な医療手段の一つであり、徳性を磨くこと自身が医療の実績をあげることに繋がっていた。ところが、近代医学を築き上げた科学主義は元来没個性を指向するから、医学が進歩すればするほど、患者の個性尊重という医師が本来守るべき視点が失われてくる。医療の「人間化」が叫ばれる一つの原因は、こうした矛盾に根ざしているように思われる。

しかし、思考や手段がいかに科学的になっても医学は人間対人間の行為で、患者は決して一つの症例ではなく、常に一人の生きた人間であることを忘れてはならないし、そのように受けとめることができる素養を身につけねばならないのである。例えば、死期の迫った患者に対する終末医療において、医師は患者が最後の息を引きとるまで検査や延命操作を続けがちであるが、むしろ話相手となって患者を襲うさまざまな悩みを和げてやることが大切であろう。終末

医療で医師に要求されるのは、「すること (doing) ではなく、そこにいること (being) である」と云われるのはこの意味である。

2. 生命倫理 (15)(16)(17)(18)(19)(22)

現代医学は周辺科学の広範な導入によって特徴づけられるが、これらの科学は元来人間の生命自体を対象としていないので、医学のように人間を扱う学問分野に入りこむと、これまでの倫理観との間にいろいろな葛藤が生ずる。例えば、分子生物学と生物工学がもたらした遺伝子組換えは人間を含む全生態系に変動を招く危険性をはらんでいる。また臓器移植に絡らむ死の判定、末期患者に対する生命維持装置の持続と安楽死、脳に対する外科的または薬理的処置による行動制御、胎児の出生前診断や体外受精など、医学の研究や診療において患者の人格や生命の尊厳性に係わる事柄が多くなった。こうした事態に対処するため、医学の研究に対して倫理的チェックが必要となり、1964年に世界医師会が採択した「ヘルシンキ宣言」には「人間を対象とする実験の計画書は独立の委員会に提出されて考察、論評、指導を受けねばならない」とされている。

これらの問題の多くは単に医学的立場のみで解決することはできず、法律、宗教、倫理学等、幅広い観点から検討しなければならない。例えば死の判定の問題である。これまでは死の徴候として心拍動の停止、呼吸の停止及び瞳孔の散大があげられていたが、これらは脳幹によって支配され、脳幹の機能が失われると早晩呼吸や心拍動が停止することが明らかになった。そこで脳幹の機能が不可逆的に失われた状態、すなわち脳死をもって個体の死と判定した方がよいとする意見が生れた。これは臓器、とくに心臓の移植と密接に関係している。脳死の状態では心臓はまだ生きているので、このような心臓を用いれば移植の成功率が高いからである。外国では脳死を容認している国が多いが、日本では、死という人生の大事を医学的都合のみで決めてよいのか、その他の法的問題もあって、まだ完全な社会的合意に達しておらず、これが日本における心臓移植の実施を阻んでいる。

安楽死の問題はさらに深刻である。激痛に苦しむがんの末期患者や、生命維持装置によって生物学的生命のみを永らえている患者への対応である。患者は生命を医師に委ねるとしても死すら選ぶ自由までも医師は奪うことができるだろうか。医師に課せられる治療義務の限界はどこまでであろうか。単なる延命操作によって患者や家族にさまざまな苦痛を長引かせるのは果して善いのであろうか。多くの解決困難な問題が存在している。日本では1976年に日本安楽死協会が発足し、これらの問題が議論されている。

死の判定や安楽死は生の終りに対する問題であるが、生の始めに関する問題として人工受精と体外受精がある。人工受精には、夫の精子が少ない場合、それを集めて妻の子宮内に入れ受精するもの (artificial insemination from husband, AIH) と、夫の精子が全くない場合、複数の第三者の精子を妻の子宮に入れて受精するもの (artificial insemination from donor, AID) がある。前者では冷凍精液の所有権の問題があり、後者では近親結婚の危険性が指摘される。

「医学概論」について

日本ではいずれの場合も行われているが、住民の意識調査では AID に対して85%が否定的である。

体外受精は妻の卵管に通過障害がある場合、人工的に取り出した卵子を体外で受精させ、それを子宮に戻して妊娠させ出産に至るものである。卵子と精子の提供者、妊娠を継続させる子宮の組合せで13通りもの場合がある。この中には、夫婦間の体外受精卵を他人の子宮に入れる借腹や、他人の受精卵を妻の子宮に入れる貸腹等が含まれるが、日本産婦人科学会では、夫の精子と妻の卵子を受精させ妻の子宮に入れるという組合せに限るとされている。

以上のように、生命倫理の中には人間存在の根本に触れるものが少なくない。これまでは生も死も天の命ずるところであり、早死するのも、長寿を保つのも、子宝に恵まれるのも、恵まれぬのも、すべて天の配剤と観じ、その中に人生の哀歓があり、人間性が培われてきたのであるが、今や医学は、延命操作や体外受精にみられるように、人間の生と死をある程度コントロールすることができるようになった。そこで医師自身に、生命とは何か、夫婦とは何かという人間の根本をなす問題に対する深い思索があらためて要求されるのである。生命倫理に関する諸問題について法的基準の設定や倫理委員会等におけるチェックは当然必要であるが、倫理は本来各個人の内面的規律の問題であり、単なる法規のみで律せられるものではなく、結局は医学にたずさわる者の倫理的自覚に帰着することを忘れてはならない。

【参考文献】

1. 沢瀉久敬：医学概論，第1～第3部，誠信書房（昭55）
2. 産業医科大学講義集：医学概論（1982，1983）
3. 吉利和，中川米造：新医学序説，篠原出版（昭57）
4. 北里大学病院の哲学と倫理を考える部会編：医の心(四)，丸善（1984）
5. 小川鼎三：医学の歴史，中公新書（昭57）
6. 森谷尅久：京医師の歴史，講談社現代新書（昭53）
7. 大貫恵美子：日本人の病気観，岩波書店（1985）
8. 木戸幸聖：臨床におけるコミュニケーション，創元社（昭58）
9. なだいなだ：お医者さん，中公新書（昭58）
10. 石井威望，小林登，清水博，村上陽一郎編：ヒューマンサイエンス(1～5巻)，中山書店（1984）
11. 砂原茂一：医者と患者と病院と，岩波新書（1983）
12. 日野原重明：延命の医学から生命を与えるケアへ，医学書院（1983）
13. 秋元寿恵夫：医の倫理を問う，勁草書房（1983）
14. ウィリアム・オスラー(日野原重明，仁木久恵訳)：平静の心，医学書院（1983）

梶 川 欽一郎

15. E.S.シュナイドマン（白井徳満，白井幸子訳）：死の声，誠信書房（昭58）
16. フィリップ・アリエス（伊藤晃，成瀬駒夫訳）：死と歴史，みすず書房（1984）
17. 日本安楽死協会編：安楽死論集，第1集，人間の科学社（1977）
18. 中島みち：見えない死（脳死と臓器移植），文芸春秋社（1985）
19. 橋本義雄：医学通論，金原出版（昭59）
20. 花岡清助：医学概論，金原出版（昭59）
21. 川喜田愛郎：医学概論，真興交易(株)医書出版部（昭59）
22. 厚生省健康政策局医事課編：生命と倫理について考える，医学書院（1985）